Über einen Fall

von

LEBERKREBS

ausgehend von der Gallenblase.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesammten Medizin.

Verfasst und der

medizinischen Fakultät zu München

vorgelegt von

Bernhard Bauer

approb. Arzt aus Laer, Bez. Münster i. W.

Münster i. W.

Westf. Vereinsdruckerei vormals Coppenrathsche Buchdruckerei.

1896.

Über einen Fall

von

LEBERKREBS

ausgehend von der Gallenblase.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesammten Medizin.

Verfasst und der

medizinischen Fakultät zu München

vorgelegt von

Bernhard Bauer

approb. Arzt aus Laer, Bez. Münster i. W.

Münster i. W.

Westf. Vereinsdruckerei vormals Coppenrathsche Buchdruckerei.

1896.

Referent:

Obermedizinalrat Professor Dr. Bollinger.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534911_0060

Das Carcinom der Leber gehört im Grossen und Ganzen nicht zu den seltenen Leiden.

Dementsprechend berichtet auch die Litteratur über eine Menge Fälle von Leberkrebs, in denen die Leber Hauptsitz der Krebswucherung war; namentlich wurden in früherer Zeit, bis in die 40er Jahre hinein viele Fälle von primärem Leberkrebs beschrieben, der doch in der neueren Zeit selten veröffentlicht worden ist.

Bei einer genauen Durchsicht dieser Beschreibungen finden wir meistens, dass in den benachbarten Bauchorganen, im Magen, in der Gallenblase etc. Metastasen vorhanden waren; berücksichtigt man die Resultate der neueren Beobachtungen, so fragt es sich sehr, ob nicht jene vermeintlichen Metastasen doch primäre Geschwülste waren, und die Leber erst sekundär ergriffen wurde.

So kommen in den Sektionsprotokollen des Berliner pathologischen Institutes der letzten Decennien unter 258 Fällen von Leberkrebs nur 6 vor, in denen die Leber den Ausgangspunkt der Erkrankung bildete.

Um so häufiger tritt der sekundäre Leberkrebs auf und zwar meistens im Anschluss an ein Carcinom des Magens, der Gallenblase oder des Darmes. Ist überhaupt im Wurzelgebiete der Pfortader an irgend einer Stelle ein Krebsherd vorhanden, so ist wohl die Leber in erster Linie der Gefahr ausgesetzt, von der Neubildung mitergriffen zu werden.

Der Grund dieser Disposition liegt in dem anatomisch-histologischen Bau der Leber. Sie nimmt das aus den Bauchorganen kommende venöse Blut in ihr weitverzweigtes Capillarsystem auf, dessen Gesamtlumen weit grösser ist, als das der Pfortader; mithin strömt das Blut mit einer geringeren Geschwindigkeit. Infolge dieser Anordnung werden Teilchen maligner Geschwülste, besonders von den Bauchorganen her, leichter in die Leber gelangen und hier mehr Gelegenheit finden, sich zu lokalisieren und zu wuchern, als in andern Organen. —

In relativ vielen Fällen von sekundärem Leberkrebse wurde der primäre Herd in der Gallenblase gefunden, besonders in neuerer Zeit. Früher sind jedenfalls manche Fälle der Beschreibung entgangen, da in ihnen der Leberkrebs die Hauptsymptome machte und deswegen als primär imponierte.

Erst in den 40er Jahren taucht der primäre Gallenblasenkrebs zum ersten Male als selbständige Krankheit auf und zwar war es Durand Fardel, der 6 Fälle beschrieb. Ähnliche Fälle haben W. Pepper, Aug. Paulicki, Coraza und Andere beschrieben. In den Jahren 1876 und 1877 wurden in der medizinischen Klinik zu Breslau 6 Fälle von primärem Carcinom der Gallenblase, sowohl in klinischer, wie in pathologisch-anatomischer Beziehung genau beobachtet, und von Cohn ausführlich beschrieben.

Die primären Krebse der Gallenblase sind meistens Infiltrationen der Wand, von mehr oder minder grosser Ausdehnung, welche mit unregelmässigen, oft oberflächlich ulcerierten Wucherungen in das Lumen der Blase hineinragen. Die Höhle ist dann einfach verengt und zwar um so mehr, ein je grösserer Abschnitt

der Wand vom Krebse eingenommen wird. Die Neubildung kann aber auch eine derbe solide Geschwulst darstellen, welche das Lumen der Blase vollständig ausfüllt. Die Gallenblasenkrebse gehen vom Epithel aus und haben demgemäss cylinderförmige Zellen. Die scirrhösen Krebse sind häufiger, als die medullären.

Ist es schon im Allgemeinen für Krebs sehr charakteristisch, dass er unaufhaltsam in das gesunde Gewebe vordringt, so sind die Gallenblasenkrebse besonders geneigt, bald auf die Umgebung überzugreifen, namentlich auf die Leber und das Peritoneum, und den ganzen Organismus mit Metastasen förmlich zu überschwemmen. Fälle, in denen der Prozess sich auf die Gallenblase beschränkte, sind wohl kaum bekannt geworden. —

Eine genaue Diagnose intra vitam zu stellen, ist unter allen Umständen schwierig, da der Gallenblasenkrebs keine an sich charakteristischen klinischen Erscheinungen hervorruft. Ein Hauptsymptom ist der im rechten Hypochondrium auftretende Schmerz, der meistens stechenden Charakters ist und oft nach oben und rechts ausstrahlt. Kein sicheres pathognostisches Symptom ist Ikterus, doch stellt er sich in der Mehrzahl der Fälle ein; ebenso fehlen Störungen von Seiten des Intestinaltraktus selten.

Bei starker Entwicklung des Neoplasmas lässt sich eine harte, unbewegliche, auf Druck schmerzhafte Geschwulst in der Gegend der Gallenblase palpieren, die bis zur Kindskopfgrösse anwachsen kann. Endlich bildet die Krebskacchexie einen wesentlichen, ja vielfach den hervorstechendsten Zug im Krankheitsbilde.

Ein sehr häufiger Nebenbefund sind Concre-

mente in der Gallenblase. In dem Kieler pathologischen Institute wurden innerhalb der Jahre 1873—1889 74 Fälle von primärem Gallenblasenkrebs beobachtet und zwar fanden sich 59 = 80%, die mit Gallensteinen compliciert waren. Wahrscheinlich geben die Steine durch den mechanischen Reiz, den sie fortwährend auf die Wand der Blase ausüben, die Veranlassung zur krebsigen Entartung des Epithels, während umgekehrt Andere die Steine als Folge der durch den Krebs gesetzten Alteration oder der durch die Krebsmassen beförderten Stagnation und Zersetzung der Galle auffassen.

Siegert leitet aus einer Statistik von über 100 Fällen ab, dass sich Steine fast ausnahmslos bei primärem Blasenkrebs finden, bei sekundärem dagegen sehr selten sind, und folgert daraus, dass die Steine die Ursache, nicht die Folge des Carcinoms darstellen.

Der Gallenblasenkrebs ist eine Krankheit des vorgerückteren Alters, vor dem vierzigsten Lebensjahre gehört er zu den seltensten Ausnahmen; über einen derartigen Fall berichtet Wallace, der bei einer erst 20jährigen Frau einen Blasenkrebs mit gleichzeitiger Steinbildung gefunden hat.

Ich gehe nun zur Besprechung eines Falles über, der im hiesigen allgemeinen Krankenhause behandelt wurde und dann im pathologischen Institute zur Sektion kam.

Klinische Diagnose:

Carcinom der Leber, Metastasen im Ovarium, in der Pons und im Herzmuskel.

Anamnese:

Frau Maria Spindler, Fabrikarbeiterin aus München, 51 Jahre alt, kam am 18. Oktober 1894 in Behandlung.

Patientin giebt an, seit Ostern dieses Jahres sich nicht mehr gesund gefühlt zu haben. Sie klagt über Mattigkeit und Schwäche, die sich so steigerte, dass sie um Pfingsten bettlägerig wurde. Sie hatte Schmerzen im Mastdarm und fühlte stets Beschwerden beim Stuhl, den sie oft, trotz heftigen Pressens nicht zu entleeren vermochte. Seit Anfang Mai fühlte Patientin einen harten Gegenstand im Leibe; von Monat zu Monat sah sie diese Resistenz sich vergrössern, bis dieselbe sich zu zahlreichen knollenartigen Partien entwickelte. Patientin magerte zusehends ab; statt der Beschwerden beim Stuhl stellte sich in den letzten Tagen unfreiwilliger Abgang desselben, sowie des Harnes ein.

Status praesens:

Mittelkräftig gebautes Individuum von stark reduziertem Ernährungszustande und kacchektischem Aussehen.

Temperatur: 37,2° Cels.

Incontinentia alvi et urinae.

Die Analöffnung ist in ihrem ganzen Umfange entzündlich, infiltriert, leicht geschwellt und mit kleineren Geschwürchen bedeckt.

Beide Labia maiora, besonders das rechte, hochgradig geschwellt und infiltriert. Die hintere Wand der vagina ziemlich stark prolabiert; orificium urethrae frei; Geschwüre nicht vorhanden. An beiden Schenkelfugen ein ziemlich ausgebreitetes Ekcem. Der linke Fuss in toto oedematös geschwellt. Verlauf der grossen Gefässe am Oberschenkel nicht druckempfindlich, in den untern Partien des Unterschenkels keine Druckempfindlichkeit.

Portio vaginalis fast direkt hinter der Symphyse; Muttermund bildet eine Querspalte, ist für den kleinen Finger durchgängig; Uteruskörper nicht zu fühlen, scheinbar in Anteflexion; Parametrium frei.

Inguinaldrüsen links zu einem knollenartigen, wallnussgrossen, brettharten Packet indolent geschwellt; rechterseits nur geringe, kaum haselnussgrosse Schwellung.

Das Abdomen ist stark hervorgewölbt, an einzelnen Stellen deutlich kugelförmige Erhabenheiten zeigend; besonders befindet sich oberhalb des Nabels eine kindskopfgrosse Hervorwölbung, die mit der Respiration auf und ab geht.

Oberhalb der linken Inguinalgegend ebenfalls eine Hervorwölbung. Die Palpation ergiebt derbe Konsistenz. Zwei grössere Tumoren, der eine länglich, der andere rund, hängen zweifelsohne zusammen und sind, wie die Perkussion ergiebt, mit der Leber verbunden. Die Oberfläche ist höckerig, die Begrenzung nach unten zuweilen etwas scharf, jedoch unregelmässig.

Der über der linken Leistengegend befindliche Tumor fühlt sich als ein gleichmässiger, konsistenter Knollen an. Im Abdomen lässt die Palpation noch verschiedene kleinere, zum Teil stark verschiebliche Knollen erkennen, deren einer fast direkt hinter der Haut gelegen ist. Aus der Tiefe ragen noch grössere Knollen hervor.

Freier Ascites ist in ziemlich beträchtlichem Grade vorhanden.

Lungenlebergrenze in der Mamillarlinie am obern Rande der 6. Rippe, verläuft gegen das Sternum zu horizontal, trifft in der Medianlinie die Wurzel des Processus xyphoideus.

Untere Lebergrenze in der Medianlinie an normaler Stelle, geht nach rechts in genannte Tumoren über.

Herzdämpfung erstreckt sich nach rechts bis zum linken Sternalrande, nach oben bis zur 4. Rippe, nach links nicht ganz bis zur Mamillarlinie. Spitzenstoss in Rückenlage der Patientin nicht zu fühlen; Herz-Töne etwas schwach, aber rein. Über der Lungenspitze links etwas matter Schall; Atmungsgeräusch hier etwas verschärft. Rechte untere Lungengrenze steht bedeutend höher, als die linke.

20. X. Bei der mechanischen Aufblähung des Magens verschwindet ein offenbar von der geschwellten Leber unabhängiger, in Nabelhöhe gelegener Tumor vollständig; der Magen stellt sich in Längsrichtung auf und reicht über den Nabel hinab.

Temperatur: 37,4° Cels.

21. X. Geschwüre am Anus haben sich vollständig gereinigt und gehen in Heilung über.

Incontinentia alvi et urinae besteht noch.

22. X. Status idem.

23. X. Der fortwährend abgehende Stuhl hat ein hellgelbes, fettiges Aussehen. Harn frei von Eiweiss und Zucker.

Temperatur: 37,5° Cels.

24. X. Status idem.

25. X. Status idem.

26. X. Seit gestern kann das linke Auge nicht mehr geöffnet werden; bei passiver Hebung des Lides sinkt dasselbe sofort wieder herab. Pupille links erweitert, rechts sehr verengt, beide vollständig reaktionslos. Das linke Auge ist lateralwärts gestellt und kann nach einwärts gar nicht, nach oben nur unvollkommen

gerichtet werden. Nach auswärts und nach unten ist noch Bewegung möglich.

Temperatur: 37,8° Cels.

Tumoren im Ganzen unverändert, nur scheint der oberhalb des Nabels gelegene, der Leber angehörige, etwas grösser geworden zu sein.

28. X. Im linken Facialisgebiet deutliche Kontrakturen. Beim Lachen oder Zeigen der Zähne keine Störung. —

Das linke Auge steht vollständig unbeweglich lateralwärts. Die Sehkraft scheint nicht gestört zu sein.

29. X. Keine Änderung.

30. X. Die Zunge kann nicht vorgestreckt werden; Sprache bedeutend gestört; es können nur einzelne Worte fast unverständlich gesprochen werden.

Pulsus filiformis.

Rechte Hand etwas oedematös geschwellt. Der rechte Arm scheint vollständig gelähmt. Rechte untere Extremität sehr bedeutend geschwellt, links ebenfalls, doch in geringerem Grade.

Die Reflexe sind nicht auszulösen. Bezüglich der Tumoren keine Veränderung. Die rechte Gesichtshälfte zeigt keine Lähmungserscheinungen, das rechte Auge kann gut geöffnet und geschlossen werden.

Auf Verlangen werden die Zähne gezeigt, alle Bewegungen, die noch möglich sind, werden nur schwach und langsam ausgeführt.

Abends künstliche Ernährung mittelst der Schlundsonde.

Nachts $11^{3}/_{4}$ Uhr: Exitus letalis.

Sektion (Sektions-Journal No. 619. 1894) 31. Oktober 1894.

Anatomische Diagnose:

Carcinom der Leber und der Gallenblase, Carcinomknoten im Darm, im linken Ovarium, in der linken Darmbeinschaufel und dem benachbarten Beckenbindegewebe, Metastasen im Herzmuskel, im Gehirn und zwar in der Gegend des Oculomostoriuskernes, bis hinter das Chiasma reichend, Metastasen in der Lunge.

Länge: 1,53 m; Körpergewicht: 39 kg.; Kleinhirn und Pons: 142 gr.; Gehirn: 1152 gr.; Linke Lunge: 365; Rechte Lunge: 640; Herz: 285; Leber mit Magen und Colon: 4080; Milz: 220; Nieren: 240.

Augen grau, Haare braun, Haut weiss. Ziemlich kleiner weiblicher Körper. Extremitäten oedematös geschwellt, Abdomen vorgewölbt,

Fettpolster atrophisch, Totenstarre teilweise vorhanden, Totenflecke ebenfalls, .

Zwerchfell-Lage links: IV Intercostalraum,
rechts: VI. Rippe.

Dünn- und Dickdarm abwärts gedrängt, Magen bis unter den Nabel reichend. Grosses Netz verlagert, mit der Leber vielfach adhaerent, enthaltend einen wallnussgrossen Geschwulstknoten. Linker Leberlappen von normalem Aussehen, der rechte Lappen liegt, einen grossen Teil des Abdomens einnehmend, vor und erstreckt sich noch weit nach links über die Medianlinie hinaus. Die Oberfläche ist teils gelblich-weiss, teils livid-rot gefärbt.

Der Herzbeutel liegt 2 Fingerbreit vor; beide Lungen sind retrahiert und an der Spitze verwachsen,

Unterhalb der Herzspitze im Zwerchfell ein haselnussgrosser Geschwulstknoten, ähnlich wie im Netz. Der Herzbeutel enthält einen Theelöffel voll seröser Flüssigkeit.

Schädeldach sclerosiert, Diploe blass. Aussen- und Innenfläche der Dura glatt, letztere sehr feucht.

Die weichen Häute sind durchsichtig, Windungen nicht abgeplattet. Die Arteriae fossae Silvii und ihre aufsteigenden Äste frei von Gerinnsel.

Hinter dem Chiasma, zum Teil noch auf die Brücke übergreifend, eine 20 Pfennig grosse Prominenz von blassgrauer Farbe. Beim Einschneiden sieht man einen kirschkerngrossen, haemorrhagischen Herd. In der Richtung nach aussen nimmt er ungefähr ein Viertel der Hirnschenkelbreite ein. Nach links reicht er ca. 4 mm über die Mitte. Nach unten hin ist dem Herde ein grauroter Geschwulstknoten angelagert, der von ähnlicher Beschaffenheit ist, wie die schon erwähnten.

Nach vorne zu reicht der Herd am untern Teile noch $^1/_2$ cm in den Bereich der Stammteile hinein. Nach rückwärts ist die Brücke und die rückwärtigen Partien frei von Einlagerungen. Im Bereiche der beiden Stirnlappen ist kein Herd nachzuweisen.

Ventrikel nicht erweitert.

Ependym vollständig glatt.

Lunge: Beide Unterlappen von zäher Konsistenz, Lungensubstanz gebläht. Der linke Unterlappen saft- und blutreicher. An mehreren Stellen gegen die Zwerchfellfläche zu befinden sich beiderseits hirse- bis hanfkorngrosse prominierende mässig derbe Knoten, einige davon bis erbsengross. In den Bronchien beiderseits wenig dickflüssiger Schleim; Mucosa blass.

Dauungskanal:

Magen sehr stark dilatiert, entleert eine grosse Menge von dünnem Speisebrei. Mucosa blass, im Fundusteil etwas erweicht; ohne Defekte.

Pylorus leicht durchgängig; Duodenum und Pylorusteil mit der Leber fest verwachsen. Ungefähr an der Grenze des untern Duodenums ein glattes, 20 Pfennig grosses Gebilde.

Eine ähnliche Wucherung, etwa 3 Querfinger breit, nach abwärts. An der Aussenwand mehrere knotige Metastasen, offenbar krebsig entartete Drüsen. Das Colon ascendens ist an seiner Aussenfläche mit der geschwulstig entarteten Leber verwachsen, jedoch leicht abtrennbar; hiervon abgesehen zeigt das Colon nichts Abnormes. Im oberen Dünndarme eine grössere Anzahl erbsen- bis haselnussgrosser gestielter Tumoren; derartige Metastasen reichen bis ins Ileum hinab, etwa 10—15 an der Zahl.

Leber: Nach Herausnahme der Leber zeigt sich, dass der rechte Lappen vollständig in einen Tumor verwandelt ist. Die Oberfläche ist viel zerklüftet, höckerig, mit kugeligen weissen Prominenzen. Sie ist von livider Farbe, teilweise auch verschieden gefärbt. Beim Einschneiden zeigt sich unter dem rechten Lappen eine kindskopfgrosse Geschwulst mit höckeriger Schnittfläche, teilweise grauweiss, teilweise haemorrhagisch verfärbt, letzteres namentlich in den erweichten Partien. Lebergewebe ist hier nicht mehr nachweisbar. Auf der Oberfläche erbsengrosse Metastasen, eben solche Prominenzen auf der Rückseite des Tumors. An Stelle der Gallenblasse finden sich grosse, im Innern erweichte Knoten, welche das Lumen der Gallenblase vollständig ausfüllen.

Herz: klein, Epicard durchsichtig, Gefässe geschlängelt, Muskulatur atrophisch. Der rechte Ventrikel enthält wenig Gerinnsel. Endocard und Klappen gehörig. Am vorderen Papillarmuskel zeigen sich, polypenartig anhängend, 2 nahezu erbsengrosse, weiche Metastasen. Muskulatur schwach entwickelt.

Milz etwas vergrössert, Kapsel weder gespannt noch verdickt. Schnittfläche von braunroter Farbe.

Pancreas ohne Veränderung.

Nieren klein und blass; Kapsel leicht abziehbar; Rinde nicht verschmälert; Nierenbecken nicht erweitert.

Harnblase kontrahiert, ohne besonderen Befund.

Die Vagina zeigt nichts Abnormes; Uterus ziemlich gross; Orificium externum weit; Uteruswand ohne Veränderung. Das rechte Ovarium klein, hart, derb auf der Schnittfläche. Links an Stelle des Ovariums ein hühnereigrosser, teilweise cystischer Tumor. Schnittfläche weich, markig; Centrum gallertig. Die linke Tube ist mit dem Knoten verwachsen.

Nach aussen von letzterem, der linken Darmbeinschaufel aufliegend und die Gefässe umgebend, ein kinderfaustgrosser Knoten, im Centrum verkäst. An ihn schliesst sich ein zweiter, in das Darmbein gehender Knoten, der den Knochen kariös zerstörte.

Epikrise:

Wir haben also einen jener Fälle vor uns, in denen viele und wichtige Teile des Körpers der carcinomatösen Degeneration zum Opfer fielen. Fast alle Organe der Brust- und Bauchhöhle waren mehr oder weniger davon ergriffen, einige vollständig durch Krebsmassen ersetzt, andere Metastasen in Menge aufweisend. Es fragt sich

nun, wo haben wir den Ausgangspunkt des Prozesses zu suchen. Begreiflicherweise lenkte intra vitam die Leber die Hauptaufmerksamkeit auf sich, da sie sich der Palpation als ein kolossaler Tumor darbot und wegen ihrer knolligen, viele Prominenzen aufweisenden Oberfläche wohl zunächst eine maligne Entartung vermuten liess. Allein abgesehen von dem seltenen Vorkommen des primären Leberkrebses überhaupt, tritt derselbe auch in ganz anderer Form auf und zwar meistens als diffuse Infiltration.

Das ganze Organ erleidet dann eine mehr oder weniger gleichmässige Entartung, welche dasselbe die denkbar grössten Dimensionen annehmen lässt, meistens jedoch unter Beibehaltung der früheren, normalen Form. Ja, sogar die acinöse Zeichnung der Leber kann erhalten sein. Sehr klar legt Waldeyer den Unterschied zwischen beiden Formen auseinander:

„Kein Objekt ist geeigneter, den frappenten anato-“ „mischen Unterschied zwischen primärem und sekun-“ „därem Krebs darzulegen, als die Leber. Der Ausdruck“ „Krebsknoten passt eigentlich nur für das sekundäre“ „Carcinom, denn nur hier entwickeln sich abgegrenzte,“ „rundliche Geschwulstherde, während jeder primäre“ „Krebs mehr den Charakter einer diffusen Degeneration,“ „als den eines Neoplasmas an sich trägt.“

Das vorliegende Carcinom hingegen präsentiert sich in Gestalt einer kolossalen Geschwulst mit höckeriger Oberfläche und vielen tertiären Knötchen in der Umgebung. Die Leber ist also jedenfalls erst in zweiter Linie in den Prozess hineingezogen worden. Es ist vielmehr wahrscheinlicher, dass die Gallenblasse der primäre Herd der Erkrankung war, und zwar gründet

sich diese Annahme zunächst auf den Befund einer vollständigen Obliteration derselben, welche als solche nicht mehr zu erkennen, sondern durch knollige, die normale Grösse der Blase weit übertreffende Krebsmassen ersetzt ist. Die Knoten sind schon im Stadium der Erweichung begriffen, ein Zeichen, dass die Gallenblase schon frühzeitig erkrankt sein musste.

Dieser Fall bietet vieles Beachtenswerte, da er in mancher Hinsicht, besonders klinisch von dem gewöhnlichen Bilde eines primären Gallenblasenkrebses abweicht. Schon die klinische Diagnose: „Carcinom der Leber, Metastasen in dem Pons, im Ovarium und im Herzmuskel" bezeugt, dass von der vollständig krebsig entarteten Blase keine Erscheinungen ausgegangen sind. Auch die Anamnese ergab keine Anhaltspunkte, welche zur Diagnose: „primärer Gallenblasenkrebs" führen konnten.

Zunächst ist wohl hervorzuheben, dass unser Fall nicht mit Cholelithiasis compliciert war.

Während ferner in den meisten Fällen circumscripte stechende Schmerzen im rechten Hypochondrium ein Initialsymptom bilden, waren dieselben hier nie vorhanden.

Leibschmerzen fehlten jedenfalls nicht, da der Lebertumor sicher druckempfindlich war; dieselben werden jedoch unbestimmten Sitzes und unbestimmter Natur gewesen sein und traten nie so in den Vordergrund, dass die Kranke Veranlassung nahm, darüber zu klagen. Wahrscheinlich ist das Fehlen dieses typischen Schmerzes auf das Fehlen von Gallensteinen zurückzuführen. Wie bekannt, wird die Cholelithiasis von vielen Autoren als eine Ursache der Krebswucherung angesehen. Sind nun Gallensteine vorhanden, so lösen

diese sehr frühzeitig, schon vor Beginn der Carcinose kolikartige Schmerzen aus, jene charakteristischen Schmerzen im rechten Hypochondrium. Da nun in diesem Falle Cholelithiasis nicht bestand, so wurden grössere Schmerzen im Anfange, später, als der Lebertumor grössere Dimensionen annahm, jedenfalls heftiger empfunden, konnten aber nicht genau localisiert werden.

Ein ähnlicher Fall, der sich auch durch das Fehlen dieses Hauptsymptomes auszeichnet, wurde von Krauss im Archiv für klinische Medizin 34. 1884 veröffentlicht. Er beschreibt an dieser Stelle 5 Fälle von primärem Gallenblasenkrebs, die sämtlich darin übereinstimmen, dass sie von Ikterus begleitet waren.

Befremdlich muss es erscheinen, dass in unserm Falle auch die Gelbsucht fehlte, welche ein, wenn auch nicht absolut notwendiges, so doch fast regelmässig wiederkehrendes Symptom bildet.

Der carcinomatöse Prozess ist von dem primären Herde aus durch direkte Fortleitung auf den mit der Blase in Kontakt stehenden rechten Leberlappen übergegangen, und hat diesen fast vollständig krebsig umgewandelt. Wenn nun auch der mit der Blase verbundene Ductus cysticus jedenfalls eine Strecke weit der krebsigen Degeneration anheimfiel, so blieben immerhin der Ductus hepaticus und choledochus intakt. Die in dem gesunden Gewebe der Leber gebildete Galle konnte demnach ungehindert in den Darm abfliessen. Die in fast allen Fällen auftretende Gelbsucht wird also dadurch erklärt, dass der carcinomatöse Prozess auch auf die beiden grossen Gallengänge übergeht, dieselben obliteriert und so eine Gallenstauung herbeiführt. Diese Stagnation kann auch durch eine

Kompression der sonst intakten Gallengänge von Seiten der Krebsknoten hervorgerufen werden.

Das Fehlen der Hauptsymptome lässt sich also ziemlich leicht erklären und macht anderseits begreiflich und entschuldbar, dass in vivo die Aufmerksamkeit nicht auf eine primäre Erkrankung der Gallenblase gelenkt wurde.

Da die Gallenblase, ungefähr im Mittelpunkte des Leibes gelegen, zahlreiche Berührungspunkte mit andern Organen hat, so ist es nicht auffallend, dass eine so ausgedehnte Metastasenbildung erfolgte. So finden wir zunächst ein direktes Fortwuchern des Carcinoms in das angrenzende Leberparenchym, in die anliegenden Lymphdrüsen, auf das Duodenum, ja beinahe auf den ganzen Dünndarm, der bis zu 15 Krebsknoten aufzuweisen hatte. In dem vollständig carcinomatös entarteten rechten Leberlappen erfolgte dann der Durchbruch des Carcinoms in eine Lebervene und Verschleppung lebender Krebszellen in den kleinen und von dort in den grossen Kreislauf. Infolgedessen finden wir auch Metastasen in so vielen und entlegenen Organen, so in der Lunge, im Zwerchfell, im Herzmuskel, im grossen Netz, in den Epigastral- und Inguinaldrüsen, im Ovarium, im Beckenbindegewebe, in der Darmbeinschaufel und schliesslich auch im Gehirn.

Die in den letzten Tagen auftretende Ptosis sowie die Lähmungserscheinungen am linken Auge finden ihre Erklärung in einer teilweisen Entartung des Oculomotoriuskernes. Wie die Sektion ergab, war der Prozess auch auf die Stammteile übergegangen und hatte klinisch Facialislähmung und am letzten Tage auch Lähmung der rechten, oberen Extremität bewirkt.

Ebenso eingreifende Veränderungen hatten die Tumoren des kleinen Beckens zur Folge. Da die ganze Umgebung des linken Ovariums mehr oder weniger in einen grossen Krebsherd verwandelt war, so waren auch die Gefässe und Nerven dieser Region in den Prozess hineingezogen; auf eine Kompression, vielleicht auch Obliteration der grossen Oberschenkelgefässe linkerseits war ein allgemeines Oedem der linken Extremität gefolgt, während die in der letzten Woche auftretende Incontinentia alvi et urinae beweist, dass auch die Innervation der Blasen- und Mastdarmmuskulatur gestört war.

Der vorliegende Fall liefert wieder einen Beleg dafür, dass es oft schwierig oder gar nicht möglich ist, die Diagnose: „primärer Gallenblasenkrebs“ intra vitam zu stellen. Jedenfalls kann man in den Fällen, wo ein Tumor in der Gallenblasengegend nicht sicher zu konstatieren, die Leber aber krebsig degeneriert ist, an primären Gallenblasenkrebs denken, falls nicht an anderen Stellen des Körpers noch carcinomatöse Veränderungen gefunden werden, die mit grösserer Wahrscheinlichkeit als Ausgangspunkt der Carcinose anzusprechen sind.

Gestützt wird die Diagnose dann noch durch das Hinzukommen der Hauptsymptome, Schmerzen im rechten Hypochondrium und Nachweis einer früher bestandenen Cholelithiasis. Ikterus, Ascites, Störungen im Intestinaltraktus und derartige Symptome haben natürlich für die genaue Erkenntnis der Krankheit nur beschränkten Wert.

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Bollinger für die gütige Überlassung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) **Virchow's** Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie. Band 55, 56.

2) **J. Orth,** spezielle pathol. Anatomie.

3) **Krauss** „Der primäre Gallenblasenkrebs". Deutsches Archiv für klin. Medizin. 34.

4) **Martius** „Über primären Krebs der Gallenblase". Inauguraldissertation, München.

5) **Dienst** „Ein Fall von Leberkrebs, ausgehend von der Gallenblase". Inauguraldissertation, München.

6) **Dieckmann** „Über das primäre Carcinom des Ductus choledochus", Inauguraldissertation, München 1889.

7) **May** „Ein Fall von primärem Krebs des Ductus choledochus". Münch. med. Wochenschrift No. 33. 1892.